



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Determinantes Sociais da Depressão: diferenças entre idade, sexo e modelo de cuidados de saúde primários

Joana Félix China

JUNHO'2017



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Determinantes Sociais da Depressão: diferenças entre idade, sexo e modelo de cuidados de saúde primários

Joana Félix China

Orientado por:

Prof. Doutor Rui Portugal

JUNHO'2017

Resumo

Objectivo: Este estudo analisa a prevalência, durante um mês, da depressão e sintomas depressivos e a sua associação com fatores de risco sociodemográficos, nos utentes dos cuidados de saúde primários do concelho de Almada.

Métodos: Usou-se dados dos utentes dos cuidados de saúde primários de Almada recolhidos da base de dados do ACES Almada Seixal. O instrumento de diagnóstico utilizado neste estudo para a identificação de casos foi o International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2), especificamente os códigos "P76: Perturbação Depressiva" e "P03: Sensação de depressão".

Resultados: A probabilidade de ser afetado por depressão ou sintomas depressivos é aproximadamente 3,21 vezes superior nas mulheres do que nos homens. No que diz respeito à idade, as taxas de prevalência mais baixas e mais elevadas de depressão são observadas entre as pessoas com 0-17 anos de idade e 40-64 anos, respectivamente. Os utentes entre os 40 e 64 anos têm uma probabilidade cerca de 2,21 vezes superior de ter depressão ou sintomas depressivos, em relação às restantes faixas etárias. Não se identificou uma associação estatisticamente relevante entre o tipo de unidade de cuidados de saúde primários (USF ou UCSP) e a prevalência de depressão ou sintomas depressivos. A probabilidade de ter depressão ou sintomas depressivos no grupo dos utentes com médico de família atribuído é cerca de 2,24 vezes superior à dos utentes sem médico de família atribuído.

Conclusão: Em relação à distribuição por grupo etário e sexo, os padrões descobertos neste conjunto de dados são consistentes com as taxas de prevalência relatadas anteriormente noutros países ocidentais. No que diz respeito à relação entre a prevalência de depressão e sintomas depressivos e a atribuição de médico de família aos utentes, esta demonstrou ser altamente significativa.

Palavras-chave: perturbação depressiva, determinantes sociais, prevalência, epidemiologia, cuidados de saúde primários

Objective: This study reports the one-month prevalence of depressive disorder and depressive symptoms and its association with sociodemographic risk factors, in Almada's primary health care population.

Method: Almada's primary care users' data were collected from the ACES Almada Seixal database. The diagnostic tool used in this study for the identification of cases was the International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2), specifically the codes "P76: Depressive Disorder" and "P03: Feeling Depressed".

Results: The odds ratio of depression and depressive symptoms for women compared with men is about 3.21. Concerning age, the lowest and highest rates of depression are seen among people with 0-17 years old, and 40-64 years old, respectively. The odds ratio of depression and depressive symptoms for people with 40—64 years, compared with other age groups, is 2.21. There was no relationship between the prevalence of depressive disorder and depressive symptoms and whether the patient was followed in a USF or in a UCSP. The odds ratio of depression and depressive symptoms for people with a fixed primary health care physician, compared with users without a fixed primary health care physician is 2.24.

Conclusion: Concerning the distribution by age group and gender, the patterns uncovered in this dataset are consistent with previously reported prevalence rates for other Western countries. The relationship between the prevalence of depression and depressive symptoms and the attribution of family doctor to the users is highly significant.

Key Words: depressive disorder, social determinants, prevalence, epidemiology, primary health care

Índice

Introdução.....	6
Depressão e idade.....	7
Depressão e sexo.....	8
Depressão e acesso a cuidados de saúde primários	9
Material e métodos	11
Resultados	12
Depressão e idade.....	13
Depressão e sexo	13
Depressão e acesso a cuidados de saúde primários	13
Análise Estatística	14
Discussão	15
Conclusão	17
Bibliografia	18
Tabelas	24

Introdução

A depressão é uma perturbação mental comum, que se caracteriza por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, diminuição da energia, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbação do sono ou apetite e dificuldade em manter a concentração. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes e levar a deficiências substanciais na capacidade, dos doentes, para lidar com responsabilidades diárias. (1)

A depressão pode afetar qualquer pessoa e é uma das doenças mais prevalentes na população, coexistindo, frequentemente, com outras patologias graves. Atualmente, a depressão constitui um peso significativo e crescente para a saúde pública, estima-se que o total de pessoas com depressão a nível mundial seja de 322 milhões, o equivalente a 4,4% da população mundial. (2) De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão era a terceira causa principal da carga global de doenças em 2004 e passará para o primeiro lugar em 2030. (3)

Em Portugal, estima-se que a depressão afecte 7,9% da população do país. (4) Este aumento de peso é parcialmente devido à "transição epidemiológica" e à redução da carga global das doenças transmissíveis, mas também tem sido atribuída a alterações na estrutura familiar, urbanização, abuso de substâncias e aumento das desigualdades socioeconómicas associadas às atuais políticas e práticas comerciais globais. (5)

A necessidade de controlar o crescimento da prevalência e incidência da depressão está em ascensão, globalmente. Uma recente Assembleia Mundial da Saúde convidou a Organização Mundial de Saúde e os seus Estados-Membros a tomarem medidas neste sentido. (6)

A depressão tem custos socioeconómicos significativos. (7-12) Estudos europeus mostram que reformas antecipadas representam 47% do custo económico da depressão e que a baixa médica representa 32%, desse mesmo custo. (7) O baixo desempenho laboral também é um fator significativo do custo socioeconómico da depressão, uma vez que os sintomas depressivos como a falta de atenção, a perda de memória e as dificuldades com o planeamento e a tomada de decisões, que afetam cerca 94% de todos os doentes com depressão, causam um enorme impacto sobre a capacidade trabalhar. (8)

Por outro lado, a depressão está associada a “outcomes” negativos de saúde física, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, lesões, HIV / SIDA e várias condições perinatais e reprodutivas. (13,14) Além do impacto negativo da depressão sobre a saúde, as pessoas com depressão também estão associadas a taxas de mortalidade aumentadas. (15,16). Porém, a depressão não afeta apenas a pessoa que sofre diretamente da doença, mas também os familiares, empregadores e outros com os quais a pessoa deprimida interage. Está demonstrado que os cônjuges de pessoas com depressão experienciam sintomas depressivos, assim como um aumento da carga emocional e financeira. (17)

Tal como a maioria das doenças não transmissíveis, a etiologia da depressão é multifatorial, sendo o seu risco determinado pela interação de determinantes genéticos, biológicos, psicológicos e sociais. (18-23) Contudo, a grande variação de prevalência da maioria das perturbações mentais entre diferentes países sugere que os determinantes sociais podem ter uma importância particular nesta variabilidade. (24) Em suma, a depressão é distribuída de forma desigual, uma vez que as pessoas socialmente desfavorecidas suportam uma carga desproporcionalmente maior desta perturbação, assim como das suas consequências adversas. O círculo vicioso de desvantagem e depressão é o resultado da inter-relação dinâmica entre vulnerabilidades e exposições adversas. Assim, a compreensão dos determinantes sociais é importante para ilustrar o potencial da prevenção primária, indicando as áreas onde os tratamentos biológicos e psicológicos podem ser reforçados por intervenções socioeconómicas e desta forma identificar grupos-alvo para prevenção e tratamento. Essa compreensão deveria levar à ruptura do ciclo vicioso de depressão e desvantagem social e, em última instância, contribuir para o desenvolvimento humano. Os determinantes sociodemográficos como a idade, o sexo e o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade têm sido consistentemente identificados como fatores importantes na explicação da variabilidade da prevalência de depressão.

Depressão e idade

A relação entre depressão e idade tem recebido uma atenção considerável dos estudos de investigação, mas os resultados não são consistentes. (25-32, 37) Investigações anteriores descobriram que a idade é uma das características demográficas que explica

grande parte da variação na prevalência de depressão. Apesar de muitos estudos mostrarem um aumento crescente inicial da prevalência da depressão ao longo dos grupos etários, seguido por uma queda na faixa etária dos idosos, esse padrão não é universal e a idade de pico da prevalência varia muito de estudo para estudo. (27) Em contrapartida, os estudos que usam escalas de sintomas depressivos proporcionam os resultados mais variáveis, com alguns a mostrar um aumento à medida que a idade aumenta e outros uma diminuição. (25-29, 31, 32, 37).

Estes resultados discrepantes, entre os vários estudos, poderão ser explicados por diferenças no controlo ou mesmo uma ausência de controlo de outras variáveis de confundimento que influenciam a prevalência da depressão. Entre os fatores controlados verificou-se que os que influenciam a relação entre idade e depressão são o sexo, etnia, estado civil, escolaridade, situação de emprego, rendimento, agregado familiar, residência, eventos adversos de vida, apoio social e estado de saúde física definido pelo número de doenças crónicas presentes. (25, 26, 31, 41). Vários fatores de risco para a depressão, que integram as noções de vulnerabilidade e stress, também estão associados à idade, como desemprego, divórcio, luto, doenças crónicas entre outros e, consequentemente, podem representar uma explicação para o aumento da prevalência de depressão com o aumento da idade, encontrado em muitos estudos (28, 33-40).

Depressão e sexo

A prevalência de perturbações depressivas nas mulheres é cerca de duas vezes superior à dos homens, sendo esta uma noção epidemiológica bastante consistente. (44-48) Esta observação pode ser explicada em termos de maior vulnerabilidade psico-biológica, estando o sexo feminino associado a algumas condições de risco (fatores de risco biológicos e genéticos, fatores de risco psicológicos, fatores de risco físicos e fatores de risco socioculturais), assim como pela maior frequência e gravidade de eventos stressantes na vida das mulheres. (49,50) Além disso, a carga global de doença da depressão é 50% maior para as mulheres do que para os homens. (51) Aliás, a depressão é a principal causa de carga de doença para as mulheres, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. (51)

Os determinantes responsáveis pelas diferenças entre géneros estão longe de serem completamente estabelecidos e a associação dos mesmos em modelos etio-patogenéticos não está completamente definida. Atualmente, as experiências prejudiciais na infância, as perturbações depressivas na infância e na adolescência, os papéis socioculturais, atribuídos às mulheres, associados a experiências adversas, assim como, os traços psicológicos relacionados com maior vulnerabilidade a eventos adversos parecem estar envolvidos nessa explicação. Muitos outros factores têm sido sugeridos para justificar essas diferenças, como a sobrevivência seletiva: o facto dos homens morrerem mais cedo e a mortalidade destes poder ser afetada por factores genéticos e biológicos. (44, 52-54)

Depressão e acesso a cuidados de saúde primários

Um sistema de saúde desempenha um papel como determinante social da saúde, em diferentes níveis. Num nível micro, através de factores relacionados com a organização do sistema de saúde, bem como factores relacionados com o prestador de cuidados de saúde. É nesta medida que os sistemas de cuidados de saúde primários podem contribuir para a prestação de cuidados de saúde compreensivos. (55)

A Declaração de Alma-Ata foi fundamental para o desenvolvimento de cuidados de saúde primários em todo o mundo. Apelou para que os cuidados de saúde primários atendessem aos problemas de saúde na comunidade, oferecendo serviços preventivos, promocionais, curativos e de reabilitação que refletissem a situação económica e os valores sociais do país e das comunidades.(56)

Em Portugal, os cuidados primários de saúde são o pilar central do sistema de saúde do país. Os cuidados primários sofreram uma reforma, em 2005, que visou melhorar o desempenho dos centros de saúde através sua reorganização em unidades com equipas multiprofissionais auto-organizadas.(58) Localmente, as unidades que têm a tarefa específica de prestação de cuidados individuais e familiares são as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Sendo que as USF foram o foco principal desta reforma. As USF são compostas por pequenas equipas multiprofissionais auto-organizadas com médicos, enfermeiros e outros profissionais com o objectivo de potenciar as aptidões e competências de cada grupo

profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável. Estas unidades são caracterizadas por autonomia organizativa, funcional e técnica, com um plano com objectivos e metas pré-determinados, um sistema retributivo misto para todos os profissionais que premeia a igualdade de acesso, o desempenho individual e colectivo para a eficácia, eficiência, e a qualidade do sistema, assim como, outros incentivos que têm como objectivo apoiar e estimular o desempenho colectivo dos profissionais e premiar o alcançar de metas pré-definidas. (58)

As Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) têm uma estrutura idêntica à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e prestam cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. No entanto, as USF são regulamentadas por legislação específica, enquanto as UCSP são limitadas por regras aprovadas por conselho clínico. (59)

Estima-se que, antes da implementação das USF, 15% da população portuguesa não tinha um médico de família atribuído, e com esta nova organização dos cuidados de saúde primários, mais 4,7% da população portuguesa passou a ter um médico de família atribuído. (57)

A depressão é uma doença que pode ser diagnosticada e tratada nos cuidados de saúde primários. (60, 61) Aliás, estudos indicam que o tratamento da depressão nos cuidados primários é seguro, acessível e economicamente viável. (62) A contribuição da depressão para a carga global de doença é muito significativa e os cuidados primários precisam de ser melhorados para apoiar as populações mais vulneráveis à depressão.

Assim, dado o impacto significativo da depressão nos indivíduos e na sociedade, uma análise compreensiva da prevalência da depressão na população é necessária para garantir que os resultados anteriores continuam a ser aplicáveis na sociedade de hoje.

Neste trabalho utilizou-se dados, colhidos em Dezembro de 2015, dos utentes seguidos nas Unidades funcionais locais de Almada (USF e UCSP), pertencentes à ACES Almada Seixal, para estimar a taxa de prevalência de depressão e sintomas depressivos nos cuidados de saúde primários do concelho de Almada, estudando assim se há ou não diferenças em subgrupos da população com base nos seu fatores sociodemográficos (idade, sexo, tipo de unidade de cuidados de saúde primários designada para os utentes e presença ou não de um médico de família fixo atribuído aos utentes). Este trabalho

também se foca no estudo da forma como estas variáveis sociodemográficas podem estar associadas ou não com as diferentes taxas de prevalência de depressão e sintomas depressivos nos cuidados de saúde primários de Almada.

Material e métodos

Este estudo caracteriza-se como: observacional, já que não se realizou intervenção experimental, restringindo-se a observar e examinar a caracterização dos doentes das USF e UCSP com diagnósticos de perturbação depressiva e sintomas depressivos; descritivo, na medida em que estuda e descreve o padrão de ocorrência das variáveis dos vários utentes com diagnósticos de sintomas depressivos ou perturbação depressiva; e transversal, já que visa recolher informação relativa a um instante de tempo específico, neste caso: informação dos utentes colhida em data específica de Dezembro de 2015.

O universo populacional deste estudo é referente a todos os utentes dos cuidados de saúde primários (CSP) do concelho de Almada, o tamanho da população em estudo foi de 182049 utentes distribuídos pelas seis USF de Almada (USF São João do Pragal, USF Sobreda, USF Monte da Caparica, USF Costa do Mar, USF Cova da Piedade, USF Feijó) e pelas três UCSP de Almada (UCSP Rainha Dona Leonor, UCSP Charneca da Caparica, UCSP Santo António E Laranjeiro). A Tabela 1 apresenta o sexo, a idade e as características de acesso aos cuidados de saúde primários (o tipo de unidade de cuidados de saúde primários e se os utentes têm ou não um médico de família atribuído) da população em estudo.

Atendendo a que a população em estudo abrange a totalidade dos componentes do universo, não foi aplicado um processo de amostragem.

O presente estudo usou dados dos utentes dos cuidados de saúde primários de Almada recolhidos da base de dados do ACES Almada Seixal. O instrumento de diagnóstico utilizado neste estudo para a identificação de casos foi o International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). O ICPC-2 classifica a informação do doente e a sua atividade clínica no contexto da Medicina Geral e Familiar e Cuidados Primários, tendo em conta a frequência dos problemas observados nestas especialidades. Permite a

classificação do motivo de consulta do paciente, os problemas/diagnóstico geridos pelo médico, e as intervenções realizadas. (63) Os códigos ICPC-2 utilizados para a identificação da prevalência de doentes com diagnóstico de sintomas depressivos e perturbação depressiva foram o "P76: Perturbação Depressiva" e o "P03: Sensação de depressão", do Capítulo P: Psicológico do ICPC-2. Os critérios para o código P76 são “distúrbio importante do estado de espírito no sentido da depressão. O estado de espírito, a energia e a atividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a autoestima e a confiança diminuem” e os critérios para o código P03 são “sentimentos relatados pelo doente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis mas mais ou menos normais para sentimentos que são tão perturbadores para o doente que este procura ajuda de um profissional.” Tendo a codificação para identificação de casos selecionada, passou-se à avaliação, para cada um destes códigos de diagnóstico das seguintes variáveis: idade, organizada em 4 faixas etárias: 0-17, 18-39, 40-64 e superior a 65 anos; sexo (homem ou mulher); ser seguido em USF ou UCSP; e ter ou não ter Médico de Família atribuído. Posteriormente, para além da análise da prevalência de diagnósticos e dos seus determinantes sociais, procedeu-se ao cálculo da “odds ratio”, de forma a medir a força da relação entre os possíveis fatores de risco (determinantes sociais) e a prevalência de perturbação depressiva e sintomas depressivos. A probabilidade para um grupo com um fator de risco suspeito é definida como a probabilidade de ter a perturbação dividida pela probabilidade de que eles não tenham a perturbação. Uma “odds ratio” é a razão entre as probabilidades do grupo de risco e as probabilidades do grupo de comparação. Se essas duas probabilidades forem iguais, a “odds ratio” será igual a 1,0.

Resultados

Entre os 182049 utentes, havia 83882 homens e 98167 mulheres. A Tabela 1 expõe o número e percentagem de utentes com base nos seus fatores sociodemográficos. Cerca de 33,23% dos utentes pertenciam ao grupo etário dos 40 a 64 anos de idade e 25,76% pertenciam ao grupo etário dos 18 a 39 anos de idade. A maioria dos participantes tinha

um médico de família atribuído (82,5%) e cerca de 56,75% eram seguidos numa USF, enquanto os restantes 43,25% eram seguidos numa UCSP.

A Tabela 2 apresenta a taxa de prevalência de cada código de ICPC-2 (P03, P76 e a soma de ambos os códigos: P03+P76) em cada grupo sociodemográfico.

Depressão e idade

A taxa de prevalência de sintomas depressivos (P03) mais alta, 1,13%, é observada na faixa etária de 40 a 64 anos e a mais baixa, 0,04%, na faixa etária de 0 a 17 anos.

Da mesma forma, as taxas mais altas e mais baixas de perturbação depressiva (P76) são 12,74% e 0,14%, sendo observadas na faixa etária de 40 a 64 anos e na faixa etária de 0 a 17 anos, respectivamente (Tabela 2). A prevalência total de sintomas depressivos e perturbação depressiva, na faixa etária de 40 a 64 anos, foi de 13,87%

A prevalência de ambos aumenta com a idade atingido o valor mais alto nos 40 a 64 anos de idade e, em seguida, diminui ligeiramente para os utentes com 65 anos e mais.

Depressão e sexo

As mulheres sofrem mais de sintomas depressivos e perturbação depressiva do que os homens, 0,79% dos diagnósticos de P03+P76 para as mulheres comparado com 0,24% de P03+P76 para os homens. (Tabela 2).

Depressão e acesso a cuidados de saúde primários

A prevalência de depressão varia conforme os utentes têm um médico de família fixo atribuído ou não. As taxas mais elevadas tanto para os sintomas depressivos (P03) como para a perturbação depressiva (P76) são observadas em utentes com médico de família atribuído, 0,75% e 9,31%, respectivamente. A taxa mais baixa de sintomas depressivos e perturbação depressiva é observada entre os utentes sem um médico de família

atribuído, 0,70% e 4,05%, respectivamente. Aliás, a prevalência de sintomas depressivos e de perturbação depressiva (P03 + P76) em utentes com um médico de família atribuído (10,06%) é aproximadamente duas vezes superior à prevalência nos utentes sem um médico de família atribuído (4,75%) (Tabela 2).

A prevalência de sintomas depressivos e perturbação depressiva (P03 + P76) entre os utentes seguidos nas USF é maior quando comparada aos utentes seguidos nas UCSP, 10,01% e 7,97%, respectivamente (Tabela 2). Contudo, os dados das UCSP e das USF de Almada mostraram que 94,60% do número total de utentes sem médico de família atribuído pertenciam às UCSP e apenas 5,40% pertenciam às USF. Assim, de modo a evitar esse viés de seleção na comparação da prevalência de sintomas depressivos e perturbação depressiva entre as USF e as UCSP, comparamos apenas os utentes, das USF e UCSP, com um médico de família atribuído. Após essa reformulação, a diferença de prevalência de sintomas depressivos e perturbação depressiva entre as USF e as UCSP diminuiu, 10,11% nas USF e 9,97% nas UCSP (Tabela 2).

Análise Estatística

A probabilidade de ser afetado por perturbação depressiva ou sintomas depressivos é aproximadamente 3,21 vezes superior nas mulheres do que nos homens ($p < 0.0001$). (Tabela 3.)

Os utentes entre os 40 e 64 anos têm uma probabilidade cerca de 2,21 vezes superior de ter uma perturbação depressiva ou sintomas depressivos, em relação às restantes faixas etárias ($p < 0.0001$). A segunda maior probabilidade de diagnóstico de perturbação depressiva ou sintomas depressivos encontra-se na faixa etária dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos (OR: 1.64). (Tabela 3)

A probabilidade de ter uma perturbação depressiva ou sintomas depressivos no grupo dos utentes com médico de família atribuído é cerca de 2,24 vezes superior à dos utentes sem médico de família atribuído ($p < 0.0001$). (Tabela 3)

Os utentes que são seguidos em USF têm uma probabilidade 1.29 vezes superior de apresentar uma perturbação depressiva ou sintomas depressivos, em relação aos grupo de utentes que são vigiados numa UCSP. ($p < 0.0001$) (Tabela 3)

A probabilidade de ser afectado por perturbação depressiva ou sintomas depressivos no grupo de utentes seguidos numa USF com médico de família atribuído é semelhante à probabilidade dos utentes seguidos numa UCSP com médico de família atribuído, contudo esta observação não é estatisticamente relevante ($p=0.399$). (Tabela 3)

Discussão

Este estudo pretendia avaliar a epidemiologia da depressão e dos sintomas depressivos dos utentes dos cuidados de saúde primários (CSP) do concelho de Almada.

Os resultados do estudo mostram que existe uma associação significativa entre o sexo feminino e prevalência de depressão. Sendo a prevalência da perturbação depressiva e sintomas depressivos nas mulheres cerca de 3 vezes superior à prevalência nos homens. No geral, este achado é consistente com os estudos prévios que mostram que as mulheres têm taxas de depressão duas a três vezes superior aos homens. Esta observação pode ser explicada em termos de maior vulnerabilidade psico-biológica, estando o sexo feminino associado a fatores de risco biológicos, fatores de risco psicológicos e fatores de risco socioculturais (por exemplo o seu papel social vulnerável e as normas culturais subjugadoras das mulheres). (44, 48-50, 52-54)

Outros factores que podem influenciar esta associação é o facto das mulheres utilizarem com maior frequência os cuidados de saúde (vies de seleção), ou a sobrevivência seletiva, isto é, os homens vivem menos anos que as mulheres, podendo a sua mortalidade afectar os resultados (viés de seleção). (45,64)

Observou-se uma relação linear de crescimento entre a idade e perturbação depressiva, assim como para os sintomas depressivos, até aos 65 anos de idade, havendo depois uma diminuição da prevalência de ambos nos idosos. Esses resultados são consistentes com alguns estudos e estatísticas anteriores (27), que explicam esta queda na prevalência de depressão nos idosos como consequência de certos factores protetores psicológicos associados à velhice que protegem os idosos das perturbações psiquiátricas, especialmente a sabedoria e experiência de vida, a seletividade emocional

e o estabelecimento de mecanismos de “coping”. (33, 37, 41, 45, 65, 66) Por outro lado, esta descida na prevalência da depressão nos idosos pode ser consequência da taxa de mortalidade aumentada entre os doentes depressivos, que deste modo falecem antes da idade avançada. Por último, a depressão apresenta-se de forma diferente na velhice, de modo que os critérios para as codificações do ICPC-2 podem não ser cumpridos, já que as alterações relacionadas à idade podem levar a uma manifestação alterada dos sintomas depressivos. (27, 67). Apesar desta descida aos 65 anos, após o pico aos 40-64 anos, a prevalência da depressão e sintomas depressivos tanto nos adultos com idade compreendida entre 40 e 64 anos como no idosos é claramente superior à prevalência nos utentes mais jovens (0-17 e 18-39 anos). Prevê-se que este padrão se deve ao aumento das responsabilidades sociais e económicas associadas ao aumento da idade, e a factores promotores de tensão psicológica e física, tais como doenças crónicas, desemprego e divórcio. (68)

A relação entre a prevalência de depressão e sintomas depressivos e a atribuição de médico de família aos utentes é altamente significativa. A prevalência de depressão e sintomas depressivos em utentes com médico de família atribuído é cerca de 2 vezes maior do que em utentes sem médico de família atribuído. Uma justificação provável para esta observação será as características inerentes dos cuidados de saúde primários desempenhados por um médico de família fixo, atribuído ao utente, pois isto permite um melhor conhecimento do historial, do contexto social e das características psico-biológicas do doente, assim como um acompanhamento mais regular em consultas que ajudará na identificação e diagnóstico de depressão e sintomas depressivos. São vários os estudos que, consistentemente, mostram que, apesar da prevalência significativa das perturbações depressivas no domínio dos cuidados de saúde primários, cerca de 50% dos casos de depressão ficam por diagnosticar pelos médicos de família. (69,70) No entanto, estudos longitudinais mais recentes demonstraram que muitos desses pacientes são identificados posteriormente durante o curso de consultas de centro de saúde, sendo benéfico a presença de um médico de família fixo. (71)

Em relação à associação entre a prevalência de sintomas depressivos e perturbação depressiva e o utente ser seguido numa USF, ou numa UCSP. Uma primeira comparação entre USF e UCSP, parecia indicar uma associação entre o acompanhamento em USF e a prevalência de depressão e sintomas depressivos, sendo a prevalência superior nos utentes seguidos nas USF, em comparação com as UCSP.

Contudo, após a identificação de que 94,60% dos utentes sem médico de família atribuído pertenciam às UCSP e apenas 5,40% pertenciam às USF, decidiu-se analisar a relação da prevalência de depressão e sintomas depressivos apenas entre utentes das USF e UCSP com médico de família atribuído, de forma a evitar este viés de informação. Após essa reformulação, não se identificou uma associação estatisticamente relevante entre o tipo de unidade de cuidados de saúde primários e a prevalência de depressão ou sintomas depressivos.

Algumas limitações do estudo podem ter influenciado os resultados descritos neste trabalho. Em primeiro lugar temos que considerar que a identificação da prevalência de depressão e sintomas depressivos de utentes dos cuidados de saúde primários baseou-se em codificação ICPC-2, assim a possibilidade de erros na codificação dos utentes por parte dos médicos de família é algo que tem que se ter em conta, podendo representar um viés de seleção. Em segundo lugar o facto de se usar uma codificação ICPC-2, e não uma entrevista pessoal, por exemplo, implica que utentes com manifestações depressivas que não sigam os critérios específicos dos códigos de ICPC-2 não sejam incluídos nos casos de estudo. Por último, tratando-se dum estudo transversal, com carácter observacional, as associações observadas não refletem, necessariamente, um efeito casual, já que a exposição e “outcomes” são obtidos simultaneamente, sem evidência de uma relação temporal entre o efeito e a causa.

Conclusão

Neste estudo, investigou-se a associação entre a taxa de prevalência de perturbação depressiva e sintomas depressivos e as características sociodemográficas de 182049 utentes dos cuidados de saúde primários do concelho de Almada. As mulheres apresentaram uma taxa significativamente maior de depressão e sintomas depressivos do que os homens. Observou-se uma associação entre a idade e a depressão, sendo que com o aumento da idade ocorre um aumento linear da prevalência da depressão e dos sintomas depressivos, alcançando um pico aos 40-64 anos e descendo ligeiramente nos idosos. Não se observou uma relação entre a prevalência da perturbação depressiva e sintomas depressivos e o facto do utente ser seguido numa USF, ou numa UCSP. Por

último, a prevalência de depressão nos utentes com médico de família atribuído foi duas vezes superior à prevalência de depressão nos utentes sem médico de família atribuído. É importante destacar que devido à natureza transversal desta análise, é impossível julgar pelos resultados apresentados a natureza causal da associação entre a depressão e as variáveis sociodemográficas examinadas. Para ampliar os resultados deste estudo e para examinar as causas da depressão são necessários estudos longitudinais de forma a superar as limitações dos estudos transversais.

Bibliografia

- 1) Marcus M., Yasamy M. T., van Ommeren M., Chisholm D., and Saxena S. (2012) Depression-A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse.
- 2) Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. (2017) Geneva: World Health Organization.
- 3) Depression: A Global Crisis- World Mental Health Day, October 10 2012. (2012) World Federation for Mental Health.
- 4) Portugal: Saúde Mental em números 2014 - Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção-Geral Da Saúde, Lisboa- Dezembro De 2014
- 5) Patel V., Lund C., Hatcherill S., Plagerson S., Corrigall J., Funk M., and Flisher A. J. (2010) Mental disorders: equity and social determinants. Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization. 115-135.
- 6) Preventing suicide: a global imperative. (2014) World Health Organization.
- 7) Sobocki P., Lekander I., Borgström F., Ström O. (2007) The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. Eur Psychiatry. 22(3): 146-52
- 8) Conradi H.J., Ormel J., and de Jonge P. (2011) Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. Psychological Medicine 44: 1165-1174
- 9) Jenkins R., (2012) The Economic Impact of Depression. Depression: A Global Crisis- World Mental Health Day, October 10 2012. World Federation for Mental Health.
- 10) Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P., Rasmussen B, Smit F., Cuijpers P, and Saxena S. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry. 3(5):389-488

- 11) Bloom D.E., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A.Z., and Weinstein C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
- 12) Simon G.E. (2003) Social and economic burden of mood disorders. (2003) Society of Biological Psychiatry 54:208–215.
- 13) Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., and Ustun B. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 370(9590): 851–858.
- 14) Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., and Rahman A. (2007) No health without mental health: a slogan with substance. Lancet 370(9590): 859–877.
- 15) Cuijpers P., and Smit F. (2002) Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. Journal of Affective Disorders 72:227–36.
- 16) Mental health action plan 2013-2020. (2013) World Health Organization.
- 17) Benazon N.R., and Coyne J.C. (2000) Living with a depressed spouse. Journal of Family Psychology 14(1): 71–9.
- 18) Kaplan G.A., Roberts R. E., Camacho T.C., and Coyne J.C. (1987) Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the Human Population Laboratory studies. American Journal of Epidemiology; 125:206-20.
- 19) Robert M. A., Hirschfeld, MD, Christine K., and Cross, MA, (1982) Epidemiology of Affective Disorders- Psychosocial Risk Factors. Archives of General Psychiatry ;39:35-46.
- 20) Risoa L.P., Miyatakeb R.K., and Thaseb M.E. (2001) The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. Journal of Affective Disorders 70 (2002) 103–115.
- 21) Roy, A., and Campbell M. K. (2013) A unifying framework for depression: Bridging the major biological and psychosocial theories through stress Clinical and Investigative Medicine. 2013; 36 (4): E170-E190. (estudos do word determinantes sociais 2- modelos biopsicosociologicos)
- 22) Garcia-Toro M., and Aguirre I. (2007). Biopsychosocial model in Depression revisited. Medical Hypotheses 68, 683–691
- 23) Schotte C. K.W., Van Den Bossche B., De Doncker D., Claes S., and Cosyns P. (2006) A Biopsychosocial Model As A Guide For Psychoeducation And Treatment Of

Depression. *Depression And Anxiety* 23:312–324.

- 24) CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- 25) Mirowsky J., and Ross C. E. (1992) Age and Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 33(3): 187-205.
- 26) Stordal E., Mykletun A, and Dahl A.A. (2003) The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 132–141.
- 27) Jorm A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine* 30(1): 11-22.
- 28) Stordal E., Krüger B. M, Dahl N.H., Krüger Ø., Mykletun A., and Dahl A.A. (2001) Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104(3):210-6.
- 29) Lehtinen V., and Joukamaa M. (1994) Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 377:7-10.
- 30) Beekman A.T., Deeg D.J, van Tilburg T., Smit J.H., Hooijer C., and van Tilburg W. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 36: 65-75.
- 31) Blazer D., Bruce Burchett, Connie Service, and Linda K. (1991) The Association of Age and Depression Among the Elderly: An Epidemiologic Exploration. *Journal of Gerontology* 46 (6): M210-215
- 32) Brodaty H., Cullen B., Thompson C., Mitchell P., Parker G., Wilhelm K., Austin M.P., Malhi G. (2005) Age and Gender in the Phenomenology of Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 13(7): 589-96.
- 33) Bruce M. L. (2002) Psychosocial Risk Factors for Depressive Disorders in Late Life. *Biological Psychiatry* 52:175–184.
- 34) Blazer D. (1989) Current concepts: Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine* 320(3): 164±166
- 35) Turvey C.L., Carney C., Arndt S., Wallace R.B., and Herzog R. (1999) Conjugal loss and syndromal Depression in a sample of elders aged 70 years and older. *The American Journal of Psychiatry*. 156: 1596±1601
- 36) Roberts R.E., Kaplan G.A., Shema S.J., and Strawbridge W.J. (1997) Prevalence

and correlates of Depression in an aging cohort: the Alameda county study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 52: 252±25.

37) Henderson A.S. (1994) Does ageing protect against Depression? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29: 107±109

38) Schoevers R.A., Beekman A.T., Deeg D.J., Geerlings M.I., Jonker C., and Van Tilburg W. (2000) Risk factors for depression in later life: Results of a prospective community based study *Journal of Affective Disorders* 459:127-137.

39) Stordal E., Mykletun A., Dahl A.A. (2003) The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 132–141.

40) Gallo J.J., Royall D.R., and Anthony J.C. (1993) Risk factors for the onset of depression in middle age and later life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28:101-108

41) Mroczek D.K., Kolarz C.M. (1998) The effect on age on positive and negative affects: a developmental perspective on happiness. *J Pers Soc Psychol* 75:1333–1349.

42) Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Myers J.K., Kramer M., Robins L.N., George L.K., Karno M., and Locke B.Z. (1993) One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88:35–47.

43) Linderman S., Hamalainen J., Isometsa E. Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., and Aro H. (2000) The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102:178–184.

44) Piccinelli M, and Wilkinson G. (2000) Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry* 177:486–492.

45) Blazer D.G., and Hybels C.F. (2005) Origins of depression in later life. *Psychological Medicine* 35, 1–12.

46) Krause, N. (1986). Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology* 41, 727–731.

47) Takkinen S., Gold C., Pedersen B., Malmberg B., Nilsson S., and Rovine, M. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging and Mental Health* 8, 187–194.

48) Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., and Nelson C.B.

- (1993) Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29: 85-96
- 49) Schotte C.K., Van Den Bossche B., De Doncker D., Claes S., Cosyns P. (2006) A Biopsychosocial Model As A Guide For Psychoeducation And Treatment Of Depression. *Depression And Anxiety* 23:312–324
- 50) Kendler K.S., Kessler R.C., Walters E.E., MacLean C., Neale M.C., Heath A.C., and Eaves L.J. (1995) Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression in Women. *The American Journal of Psychiatry* 152(6): 833-42.
- 51) World Health Organization. (2008) The global burden of disease: 2004 update
- 52) Patel V., Kirkwood B.R., Pednekar S., Pereira B., Barros P., Fernandes J., Datta J., Pai R., Weiss H., and Mabey D. (2006) Gender Disadvantage and Reproductive Health Risk Factors for Common Mental Disorders in Women: A Community Survey in India. *Archives of General Psychiatry* 63(4):404-13.
- 53) Kendler K.S., Gardner C.O., Prescott C.A. (2002) Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *The American Journal of Psychiatry* 159:1133–1145)
- 54) Weissman M.M, Klerman G.L (1985) Gender and Depression. *Trends in Neurosciences* 8: 416–420.
- 55) De Maeseneer J., Willems S., De Sutter A., Van de Guchte, and Billings M. (2007) Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. World Health Organisation
- 56) Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 612, 1978.http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. (Acedido a 27 Abril de 2017)
- 57) Barbosa P., and Ramos V.M.B. (2017) Primary care in Portugal. European forum for primary care. <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-portugal-0>. (Acedido a 28 Abril de 2017)
- 58) Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 161 - 22 de Agosto de 2007: 5587-5596
- 59) Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 38 - 22 de Fevereiro de 2008: 1182-1189
- 60) Integrating mental health into primary care : a global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008
- 61) Caldas de Almeida J.M. (2009) Portuguese National Mental Health Plan (2007–

- 2016) Executive Summary. *Mental Health in Family Medicine*; 6:233–44
- 62) Ivbijaro G., Kolkiewicz L., Lionis C., Svab I., Cohen A., and Sartorius N. (2008) Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action *Mental Health in Family Medicine*;5: 67–9
- 63) Soler J.K. (2015) The International Classification of Primary Care: a Success Story. *The World Book of Family Medicine – European Edition 2015*: 127-128
- 64) Weissman, M.M., and Klerman G.L. (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry* 34(1):98-111.
- 65) Baltes, P. and Staudinger, U. (2000). Wisdom: a metahuerastic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist* 55, 122–136.
- 66) Carstensen L.L., Pasupathi M., Mayr U., and Nesselroade J.R. (2000) Emotional Experience in Everyday Life Across the Adult Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 79, No. 4, 644-655.
- 67) Snowdon J. (2001) Is depression more prevalent in old age? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 35(6):782-7.
- 68) Hughes, D., Blazer, D. & George, L. (1988). Age differences in life events: a multivariate controlled analysis. *International Journal of Aging and Human Development* 127, 207–220.
- 69) Gilbody S., Sheldon T., Wessely S. (2006) Should we screen for depression? *BMJ* ;332:1027-30.
- 70) Kessler D., Lloyd K., Lewis D., and Gray D.P. (1999) Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*; 318(7181): 436–440.
- 71) Kessler D., Bennewith O., Lewis G. and Sharp D. (2002) Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ*;325:1016-7.

Tabelas

Tabela 1: Características demográficas dos utentes dos cuidados de saúde primários do Concelho de Almada

USF E UCSP CONCELHO DE ALMADA	
	População n (%)
Total	182049 (100)
Sexo	
Masculino	83882 (46,08)
Feminino	98167 (53,92)
Idade (anos)	
0-17	34767 (19,10)
18-39	46891 (25,76)
40-64	60495 (33,23)
>=65	39896 (21,91)
Médico de Família	
Com	150183 (82,50)
Sem	31866 (17,50)
Tipo de CSP	
UCSP	78728(43,25)
USF	103321(56,75)

Tabela 2: Prevalência de perturbação depressiva e sensação de depressão nos utentes dos cuidados de saúde primários do concelho de Almada, no mês de Dezembro 2015, por cada característica demográfica

	P03- Sensação de Depressão	P76- Perturbação Depressiva	Total (P03+P76)
Sexo			
Masculino	-----	-----	0,24
Feminino	-----	-----	0,79
Idade (anos)			
0-17	0,04	0,14	0,18
18-39	0,79	5,82	6,61
40-64	1,13	12,74	13,87
>=65	0,70	12,00	12,71
Médico de Família			
Com	0,75	9,31	10,06
Sem	0,70	4,05	4,75
Tipo de CSP			
UCSP	0,9	7,07	7,97
USF	0,62	9,39	10,01
CSP com Médico de Família			
UCSP com Médico de Família	1,02	8,95	9,97
USF com Médico de Família	0,62	9,48	10,11

*Os valores estão expressos em percentagens

** 94,60% dos doentes sem médico de família pertencem a UCSP e só 5,40% pertencem a USF

Tabela 3: “Odd ratio” da perturbação depressiva e sensação de depressão nos utentes dos cuidados de saúde primários do concelho de Almada, no mês de Dezembro 2015, por cada característica demográfica

	P03- Sensação de Depressão	P76- Perturbação Depressiva	Total (P03+P76)
Sexo			
Masculino	-----	-----	0,31
Feminino	-----	-----	3,21
Idade (anos)			
0-17	0,04	0,01	0,01
18-39	1,09*	0,6	0,63
40-64	2,07	2,19	2,21
>=65	0,93**	1,71	1,64
Médico de Família			
Com	1,07***	2,43	2,24
Sem	0,93***	0,41	0,45
Tipo de CSP			
UCSP	1,44	0,72	0,78
USF	0,69	1,40	1,29
CSP com Médico de Família			
UCSP com Médico de Família	1,65	0,94	0,99****
USF com Médico de Família	0,61	1,07	1,02****

p<0.0001 para todas as razões, excepto *p=0.1592; **p=0.3338; ***p= 0.3267; ****p = 0.3999